STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

КВАРТАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ПРАВАХ/СТАТУСЕ

для получения денежной помощи, талонов на питание и CMSP штата

WORK PAYS IN SO MANY WAYS

ЭТО ОТЧЕТ ЗА (МЕСЯЦ)

ЗАПОЛНИТЕ, ПОДПИШИТЕ И ВЕРНИТЕ ЭТУ ФОРМУ 5-ГО ЧИСЛА СЛЕДУЮЩЕГО МЕСЯЦА ПОСЛЕ **ОТЧЕТНОГО** МЕСЯЦА

НУЖНА ПОМОЩЬ? ПОЗВОНИТЕ СВОЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ

Имя, фамилия работника:

Телефон работника:

ШТРИХОВОЙ КОД:

Просьба прекратить выплату пособий (Если вы заполните этот раздел, поставьте подпись и дату на обороте данной формы. Вы можете снова подать заявление на получение пособий в любое время.) Я прошу прекратить предоставление мне
☐ пособия наличными ☐ продовольственных талонов ☐ Medi-Cal ☐ CMPS штата в последний день:_____
МЕСЯЦ/ГОД

Часть 1: Какие события произошли *ЗА* отчетный месяц?

1. Получал ли кто-нибудь из членов семьи доход от работы или обучения или из другого источника? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если «ДА», перечислите все виды дохода ниже и приложите корешки чеков или другие подтверждающие документы.
(Примеры видов дохода см. в инструкциях.)

Кто получал доход?	Источник	Общий доход	$	$	$	$	$
		Дата получения					
		Число часов работы или профессионального обучения					
Кто получал доход?	Источник	Общий доход	$	$	$	$	$
		Дата получения					
		Число часов работы или профессионального обучения					
Кто получал доход?	Источник	Общий доход	$	$	$	$	$
		Дата получения					
		Число часов работы или профессионального обучения					

2. Платил ли кто-нибудь из членов семьи за уход за ребенком, инвалидом или другим иждивенцем, в то время, когда он работал, занимался поисками работы, посещал учебное заведение или проходил профессиональное обучение? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если «ДА», укажите все расходы ниже и приложите подтверждающие документы.

Имя, фамилия лица, получавшего уход	Сумма $	Имя, фамилия лица, получавшего уход	Сумма $

3. Платил ли кто-нибудь из членов семьи, получающий талоны на питание, алименты на ребенка или супругу <u>по решению суда</u>? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если «ДА», укажите уплаченную сумму и приложите документ, подтверждающий оплату.

Имя, фамилия лица, платившего алименты	Сумма $	Имя, фамилия лица, платившего алименты	Сумма $

Часть 2: Какие события произошли *СО ВРЕМЕНИ* последнего Квартального отчета?

4. Кто-либо въехал ли или выехал из вашего дома или вы переехали жить к другому лицу? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если «ДА», заполните приведенный ниже раздел.

Имя, фамилия члена семьи	Кем вам приходится	Объясните, что произошло	Дата изменения

5. Кто-нибудь из членов вашей семьи покупал, получал, продавал, обменивал или отдавал имущество? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
(Примеры видов имущества см. в инструкциях.)

Кому принадлежит имущество?	Тип имущества	Стоимость $

6. Был ли кто-нибудь из членов вашей семьи осужден за преступление, связанное с хранением, использованием или продажей контролируемых веществ? Скрывался ли кто-нибудь из членов вашей семьи или уклонялся от правосудия, чтобы избежать любого судебного преследования, содержания под стражей или тюремного заключения после вынесения обвинительного приговора? Нарушал ли кто-нибудь из членов вашей семьи правила условно-досрочного освобождения? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Если «Да», то кто?_____ **Дата осуждения** _____

7. Произошло ли какое-либо из перечисленных ниже событий с кем-нибудь из членов вашей семьи? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Если «ДА», укажите ниже и приложите подтверждающие документы.

- Вступление в брак, расторжение брака, разъезд супругов.
- Беременность, роды, аборт или выкидыш.
- Наступление инвалидности, выздоровление после инвалидности или серьезной болезни.
- Получение гражданства, изменение иммиграционного статуса, получение новой карты, формы или письма от INS.
- Начало, прекращение или изменение действия льгот по медицинской или зубной страховке или полису страхования жизни, включая покрытие MRDICARE.
- Учащийся 16 лет или старше начал или прекратил учебу в школе или колледже. Вы можете просить возмещения расходов на обучение, проезд в школу и т.д.
- Начал или прекратил работать, отказался от предложения работы или профессионального обучения, число часов работы или профессионального обучения увеличилось или уменьшилось, принял участие в забастовке.
- Начал или перестал получать услуги помощи на дому.
- **Только для получателей денежной помощи:** дети 6-17 лет перестали или начали регулярно посещать школу.

Имя, фамилия члена семьи	Кем вам приходится	Объясните, что произошло	Сумма	Дата изменения
			$	
			$	

Часть 3: Каких изменений вы *ОЖИДАЕТЕ* в ближайшие три месяца?

8. Ожидаете ли вы каких-либо изменений дохода или расходов (за исключением платы за жилье и коммунальные услуги) в ближайшие три месяца? Если «ДА», укажите ниже и приложите подтверждающие документы. (Примеры дохода и расходов см. в инструкциях). ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Имя, фамилия члена семьи	Источник доходов и тип расходов	Причина изменения	Какую сумму должен составить общий доход в каждом из следующих 3 месяцев?		
			1-й месяц	2-й месяц	3-й месяц

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

Заполните этот раздел, **ТОЛЬКО если вы переехали** или изменили почтовый адрес

НОВЫЙ домашний адрес

Номер Город Штат Почтовый индекс

Новый номер телефона

( )

Изменилась ли плата за квартиру и коммунальные услуги после переезда?

Номер Город Штат Почтовый индекс

Дата переезда

Изменилась ли плата за квартиру и коммунальные услуги после переезда? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Объясните:

Сумма

$

УДОСТОВЕРЕНИЕ

МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО: если я умышленно сообщу неполную или ложную информацию о моем доходе, имуществе или составе семьи в целях получения или продления пособий или льгот, то мне может грозить судебное преследование. Мне могут предъявить обвинение в совершении преступления, если мне будут предоставлены денежная помощь, талоны на питание и/или CMSP штата, на которые я не имею права, в сумме, превышающей 400 долларов. Копия инструкций и мер наказания за подачу заведомо ложного Квартального отчета о правах/статусе семьи в целях получения денежной помощи, талонов на питание и/или CMSP штата, мною получена.

ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ ЭТОТ ОТЧЕТ И ПОСТАВИТЬ НА НЕМ ДАТУ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ОТЧЕТНОГО МЕСЯЦА, ИНАЧЕ ЭТОТ ОТЧЕТ БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ НЕПОЛНЫМ. Сознавая, что дача ложных показаний карается по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что вся информация, содержащаяся в данном отчете, является подлинной, верной и полной.

КТО ДОЛЖЕН РАСПИСАТЬСЯ НИЖЕ:

Получатели денежной помощи: вы, ваша супруга, получающая пособие, и второй родитель (детей, получающих пособие), если живет с семьей.

Получатели талонов на питание: глава семьи, член семьи или уполномоченный представитель семьи.

Получатели CMSP штата: вы, ваша супруга или лицо, действующее от имени получателя.

ПОДПИСЬ ИЛИ ПОМЕТКА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
☛		( )	( )

ПОДПИСЬ СУПРУГА(И) ИЛИ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ПОМЕТКИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНЯВШЕГО ФОРМУ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
☛		☛	

ИНСТРУКЦИИ И МЕРЫ НАКАЗАНИЯ
КВАРТАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ПРАВАХ/СТАТУСЕ

Для получателей денежной помощи, талонов на питание и программы штата по предоставлению округом медицинских услуг (CMSP)

Нужна помощь? Позвоните своему социальному работнику.

- Если вы не отправите полный отчет, включающий, в частности, ответы на все вопросы, содержащиеся в форме QR 7/SAWS QR 7, приложив подтверждающие документы в установленные нами сроки, то выплата ваших пособий может быть отсрочена или прекращена, а их сумма изменена. **Если нужно, приложите отдельный лист бумаги.**
- Факты, которые вы сообщаете, могут привести к увеличению, уменьшению или прекращению выплаты ваших пособий.
- Отправьте заполненный отчет до 5-го числа следующего месяца после отчетного месяца.

Примеры

Доход

- Зарплата
- Отпускные
- Алименты на ребенка/ супругу
- Страховые выплаты или выплаты по судебному урегулированию
- Доход от аренды жилья и помощь с оплатой жилья
- Любые государственные пособия
- Пособие штата по инвалидности
- Свой бизнес
- Чаевые
- Проценты или дивиденды
- Пособия для бастующих
- Налоговый возврат
- Пособие по безработице
- Пенсия социального страхования
- Дополнительное федеральное пособие или пособие штата по социальному страхованию (SSI/SSP)
- Жалованье
- Доход «натурой», такой как работа за жилье, а также предоставление бесплатного жилья, коммунальных услуг, одежды, питания
- Выигрыши в азартные игры и лотерею
- Наличные, подарки, ссуды, стипендии
- Другие частные или государственные пособия по инвалидности или пенсии
- Пособие по нетрудоспособности
- Пенсия ветерана или железнодорожника

Имущество

- Автомобили
- Остаток электронного перевода пособий
- Дом
- Чековый счет
- Сберегательные облигации
- Земля
- Сберегательный счет
- Полис страхования жизни
- Доверительная собственност

Расходы на жилье

- Квартплата
- Плата за коммунальные услуги
- Ипотечная ссуда на покупку жилья
- Страхование домовладельца
- Налоги на имущество
- Плата за сбор мусора

Расходы

- Медицинские расходы
- Взносы на медицинское страхование
- Уход за ребенком/ иждивенцем
- Плата за обучение и учебные материалы
- Обязательная плата за школьное обучение
- Алименты на ребенка/супругу
- Плата за проезд
- Жилье и питание
- Расходы на жилье

Меры наказания

НАКАЗАНИЯ ЗА МОШЕННИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И ПОСОБИЙ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ: Если вы умышленно нарушаете правила сообщения информации в целях получения денежной помощи, то размер вашей денежной помощи может быть уменьшен на определенный период времени, с вас может быть взыскан штраф в размере до 10000 долларов, и/или вас могут приговорить к тюремному заключению сроком до 3 лет.

Вас могут лишить денежной помощи:

- за сообщение неполной или ложной информации: на 6 месяцев при первом нарушении, на 12 месяцев при втором нарушении и навсегда при третьем нарушении;
- за подачу одного или нескольких заявлений на получение помощи несколько раз за один и тот же период времени: на 2 года при первом нарушении, на 4 года при втором нарушении и навсегда при третьем нарушении;
- за осуждение за мошенничество с целью получения помощи: на 2 года за получение мошенническим путем сумм до 2000 долларов, на 5 лет за получение мошенническим путем сумм от 2000 до 4999 долларов и навсегда за получение мошенническим путем сумм от 5000 долларов.
- навсегда: за предоставление округу подложных документов в качестве подтверждения местожительства в целях одновременного получения помощи в двух или нескольких округах или штатах; за предоставление округу ложной информации о ребенке, не имеющем права на получение пособия, или о несуществующем ребенке; за получение мошенническим путем денежной помощи в сумме свыше 10000 долларов; за третий приговор судебного или административного органа по обвинению в мошенничестве.

НАКАЗАНИЯ ЗА МОШЕННИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ: Если вы умышленно нарушаете правила сообщения информации в целях получения талонов на питание, то предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 12 месяцев при первом нарушении, на 24 месяца при втором нарушении и навсегда при третьем нарушении. С вас может быть взыскан штраф в размере до 250000 долларов, и вас могут приговорить к тюремному заключению сроком до 20 лет.

- **Если на судебном или административном слушании вас признают виновным в том, что вы:**
- обменивали или продавали талоны на питание за огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, вас могут лишить талонов на питание навсегда при первом нарушении;
- обменивали или продавали талоны на питание за контролируемые вещества, предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 24 месяца при первом нарушении и навсегда при втором нарушении;
- обменивали или продавали талоны на питание на сумму 500 долларов или более, вас могут лишить талонов на питание навсегда;
- предоставили округу ложные личные сведения или ложную информацию о местожительстве в целях одновременного получения талонов на питание несколько раз, предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 10 лет.